

Н.Н. ИОСКЕВИЧ

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно,
Республика Беларусь

Гемангиомы печени относятся к достаточно часто встречаемым ее доброкачественным опухолям. Однако гигантские гемангиомы печени являются редкой патологией. Целью данного сообщения является демонстрация случая успешного хирургического лечения гигантской гемангиомы левой доли печени. Пациентка длительное время связывала постепенное увеличение живота в объеме с беременностью. Основанием для ее обращения за медицинской помощью явилось возникновение признаков частичной кишечной непроходимости и анемии. УЗИ брюшной полости свидетельствовало о наличии опухолевидного образования, исходящего из левой доли печени. Переливание эритроцитной массы в предоперационном периоде с целью коррекции анемии сопровождалось выраженным увеличением гемангиомы через 4–6 часов после переливания с последующим ее уменьшением до исходного состояния в течение последующих 24–48 часов. Во время лапаротомии было установлено, что левая доля печени представлена гемангиомой, занимающей всю брюшную полость. Гемангиома удалена посредством выполнения резекции левой доли печени. Послеоперационный период протекал без осложнений. В течение последующих 12 месяцев наблюдения пациентка никаких жалоб не предъявляла, чувствовала себя удовлетворительно. По данным биохимического анализа крови функция печени нарушена не была.

Ключевые слова: гигантская гемангиома печени, осложнения гемангиом печени, частичная кишечная непроходимость, анемия, резекция печени

Hemangioma of the liver is its frequent benign tumor. However, giant hemangiomas of the liver are a rare pathology. The purpose of this message is to demonstrate the successful surgical treatment of the liver giant left lobe hemangioma. The patient for a long time has linked the abdomen gradual enlargement in volume with pregnancy. The main reason for her turn for help was the presence of signs of partial intestinal obstruction and anemia. Abdominal ultrasound demonstrated the presence of tumor masses originating from the left lobe of the liver. Red blood cell transfusion in the preoperative period to correct anemia was accompanied by a pronounced enlargement of the hemangioma in 4–6 hours after transfusion, with its subsequent reduction up to the initial state during the next 24–48 hours. During laparotomy it was found out that the left lobe of the liver presented by hemangioma occupying the entire abdominal cavity. Hemangioma was removed by the resection of the left lobe of the liver. The postoperative period was uneventful. During the next 12 months of observation, the patient felt satisfactory, without any complaints. According to the biochemical blood analysis the liver function was not impaired.

Keywords: giant hemangioma of the liver, complications of liver hemangiomas, intestinal obstruction, anemia, liver resection

Novosti Khirurgii. 2018 Mar-Apr; Vol 26 (2): 243-247

A Rare Case of Surgical Treatment of the Giant Liver Hemangioma

N.N. Iaskevich

Введение

Гемангиома печени представляет собой врожденную доброкачественную опухоль, обусловленную аномалиями развития кровеносных сосудов [1, 2]. Ее частота в популяции достигает 2%, а по данным аутопсий — 5–7,4% [3, 4]. Гемангиома печени чаще всего одиночная, до 3–5 см в диаметре. Гигантскими, по мнению одних авторов считаются опухоли более 4–5 см в диаметре, по мнению других — более 10 см [5, 6]. Гемангиома печени в подавляющем числе наблюдений локализуется под ее диафрагмальной поверхностью, субкапсулярно. Форма опухоли округлая или клиновидная, цвет — темно-красный или красновато-синий, поверхность —

гладкая или бугристая [7]. Гистологически гемангиома печени в основном представлена кавернозной опухолью [8].

Среди причин развития гемангиомы печени выделяют наследственный фактор, влияние женских половых гормонов, механические травмы, медикаментозное воздействие [1, 5, 9].

В большинстве случаев гемангиома длительное время не беспокоит пациентов. Течение гемангиомы в ряде случаев осложняется разрывом, нередко с профузным и смертельным внутрибрюшным кровотечением [3, 10].

В диагностике гемангиом печени используются ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) с контрастированием, магнитно-резонансная томография

(МРТ), радиоизотопные методы исследования (плоскостная сцинтиграфия с введением эритроцитов, меченых ^{99m}Tc , однофотонная эмиссионная компьютерная томография (SPECT) с эритроцитами, мечеными ^{99m}Tc) [6, 11].

Способов медикаментозного лечения гемангиомы печени не существует. Хирургическое вмешательство рассматривается как основной способ ее лечения. Оно предполагает выполнение энуклеации опухоли или резекции печени вместе с опухолью из открытого доступа или лапароскопически [2, 5, 8, 12].

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о том, что гемангиомы печени могут возникать в любом периоде жизни человека, отличаются по размерам, форме и локализации, имеют разнообразные клинические проявления. В этой связи их своевременная диагностика может быть затруднена, что может приводить к развитию осложнений в течении заболевания.

Цель. Демонстрация редкого клинического наблюдения гигантской гемангиомы левой доли печени с развитием частичной кишечной непроходимости и анемии.

Клинический случай

Пациентка, 35 лет, мулатка, поступила в хирургическое отделение клинического госпиталя провинции Лубанго Республики Ангола с жалобами на резкую слабость, увеличение живота в объеме, чувство тяжести и распирания в брюшной полости, затруднения в отхождении газов и стула, снижение аппетита, нерегулярные месячные. Считает себя больной на протяжении последних 7-8 месяцев, когда обратила внимание на постепенное увеличение живота в объеме. Оно сопровождалось появлением чувства тяжести и боли в левом подреберье и эпигастрии, которое затем одновременно со значительным увеличением объема живота распространилось на всю брюшную полость. Увеличение объема живота пациентка связывала с наступлением привычной для нее беременности.

В анамнезе жизни — ежегодные приступы малярии, для лечения которых применялись противомаларийные препараты (хинин, куартен) в общепринятых дозировках, 5 беременностей, 4 из которых закончились рождением здоровых детей.

Общее состояние пациентки средней степени тяжести. В сознании, адекватна. Видимые слизистые бледны, тургор кожных покровов снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Система органов дыхания и сердечно-сосудистая система — без отклонений от нормы. Артериальное давление — 120/80 мм рт.ст.,

пульс — 76 ударов в минуту. Живот увеличен в объеме (напоминает по форме увеличение живота на 7-8 месяца беременности), участвует равномерно в акте дыхания. При пальпации живота определяется образование тестовидной консистенции, занимающее все этажи брюшной полости (от эпигастральной области до лонного сочленения). Влагалищное и ректальное исследования отклонений от нормы не выявили.

Анализ крови: гемоглобин — 60 г/л; эритроциты — $2,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты — 12×10^9 /л; СОЭ — 50 мм/ч; общий белок — 55,6 г/л; билирубин общий — 18 мкмоль/л: прямой — 3,6; неконъюгированный — 15,4; глюкоза — 5,5 мкмоль/л; АЛТ — 25,6; АсТ — 30,4; результат исследования плазмодия малярии в мазке крови — отрицательный.

Выполнено УЗИ органов брюшной полости: четко визуализируется правая доля печени, ее размеры не увеличены, контуры ровные, эхоструктура однородная, мелкозернистая, эхогенность паренхимы повышена, очаговых образований нет. Левая доля печени представлена опухолевидным образованием, распространяющимся на всю брюшную полость, гиперэхогенным, неоднородным по эхоструктуре, с неровными контурами, наличием мелких эхонегативных зон с кальцинатами внутри.

Выставлен клинический диагноз: опухоль левой доли печени (гемангиома?), частичная кишечная непроходимость, анемия. Пациентке было предложено открытое хирургическое вмешательство. В плане предоперационной подготовки с целью коррекции анемии производилось переливание эритроцитарной массы. Было замечено, что каждый раз через 4-6 часов с момента завершения гемотрансфузии наблюдается увеличение живота в объеме на 3-4 см. Однако в течение последующих 24-48 часов объем живота вновь уменьшался до исходного состояния. При этом достичь уровня гемоглобина 80 г/л удалось лишь после 3 переливаний эритроцитарной массы в общем объеме 1200 мл.

Пациентка оперирована. Под интубационным наркозом произведена субтотальная срединная лапаротомия. После вскрытия брюшной полости оказалось, что в рану прилежит опухолевидное образование темно-красного цвета с ячеистой структурой, спадающееся при сжатии и расправляющееся после снятия сдавления (рис.).

Оно исходило из левой доли печени, которая полностью была представлена этим образованием. Опухолевидное образование распространялось книзу до лонного сочленения, а по краям заканчивалось на уровне передних под-



Рис. Гигантская гемангиома печени. А — до выделения из брюшной полости; Б — после выделения из брюшной полости.

мышечных линий. Размеры образования составили 22×20 см, толщина у лонного сочленения — 4 см, на границе с правой долей печени — 10 см. Интраоперационная находка расценена как кавернозная гигантская гемангиома левой доли печени. Гемангиома удалена посредством выполнения левосторонней гепатэктомии. Обращало на себя внимание наличие четкой границы между правой долей печени и гемангиомой с отсутствием связи протоков и сосудов правой доли с опухолью. В ходе операции перелито 800 мл эритроцитарной массы. Удаленный макропрепарат содержал около 1,5 л крови. В опорожненном состоянии он полностью занимал лоток медицинский почкообразный, размеры которого составляют 20×12×3 см, а объем — 720 см³. Патогистологическое заключение: кавернозная гемангиома печени.

Пациентка выписана на амбулаторное лечение на 12 сутки в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 12 месяцев она жалоб не предъявляла, отмечался хороший аппетит, прибавка в весе по сравнению с дооперационным состоянием на 3 кг, устойчивый стул. В общем анализе крови: гемоглобин — 134 г/л; эритроциты — $4,7 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты — $6,2 \times 10^9$ /л; СОЭ — 8 мм/ч; общий белок — 72,4 г/л; билирубин общий — 16 мкмоль/л: прямой — 3,3; связанный — 16,7; глюкоза — 5,5 мкмоль/л; АлТ — 24,2; АсТ — 29,3. УЗИ свидетельствовало об отсутствии левой доли печени и повышенной плотности паренхимы правой.

Обсуждение

В 70% случаев гемангиомы печени не превышают в размерах 4-5 см и не проявляются никакими клиническими или лабораторными дан-

ными. Наиболее частыми жалобами (у 66-78% пациентов) являются боль и чувство тяжести в правом подреберье, кишечная непроходимость. Достижение гемангиомами гигантских размеров может быть связано только со скудными клиническими проявлениями течения заболевания и/или интерпретацией пациентами возникающих жалоб при росте опухоли какими-либо другими процессами в организме.

В анализируемом клиническом случае длительное существование гемангиомы привело к полному изменению структуры левой доли печени, частичной кишечной непроходимости, анемии и сопровождалось увеличением размеров гемангиомы после переливания компонентов крови. Методом успешного лечения гигантских гемангиом печени является своевременно выполненная резекция печени.

Заключение

Представленный редкий клинический случай гигантской гемангиомы левой доли печени показывает, что достижение ими гигантских размеров возможно лишь только при медленном росте без выраженной клинической симптоматики. Основанием для обращения пациентов за медицинской помощью является развитие осложнений в течении заболевания, таких как частичная кишечная непроходимость и анемия. К методам неинвазивной скрининговой диагностики гемангиомы относится УЗИ. Операцией выбора в лечении гемангиом печени должна быть ее резекция в зависимости от объема поражения печеночной ткани после адекватной предоперационной подготовки и профилактики кровопотери во время хирургического вмешательства.

Конфликт интересов

Автор заявляет, что конфликт интересов отсутствует.

Согласие

Пациентка дала свое согласие на публикацию медицинских данных и фотографий в печати.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новожилов АВ, Чикотеев СП, Григорьев СЕ, Григорьев ЕГ, Мовсисян МО, Клейменова НС, Маголина ОВ. Гигантская гемангиома печени в сочетании с генерализованным саркоидозом. *Анналы Хирург Гепатологии*. 2017;22(1):112-17.
2. Полысалов ВН, Гранов ДА. Хирургическое лечение гемангиом печени: зависимость хирургической тактики от формы заболевания. *Вопр Онкологии*. 2003;49(5):630-35.
3. Gupta Sh, Agarwal V, Acharya A. Spontaneous rupture of a giant hepatic hemangioma-report of a case. *Indian J Surg*. 2012 Oct;74(5): 434-36. doi: 10.1007/s12262-011-0309-3.
4. Angelica MD. What is riskier for the patient with an asymptomatic large hepatic hemangioma: observation or the surgeon? *World J Surg*. 2013 Jun;37(6):1313-14.
5. Чардаров НК, Ганиев ФА, Багмет НН, Скипенко ОГ. Гемангиомы печени: взгляд хирурга. *Анналы Хирург Гепатологии*. 2012;17(1):86-93.
6. Yedibela S, Alibek S, Müller V, Aydin U, Langheinrich M, Lohmüller C, Hohenberger W, Perakis A. Management of hemangioma of the liver: surgical therapy or observation? *World J Surg*. 2013 Jun;37(6):1303-12. doi: 10.1007/s00268-013-1904-1.
7. Zhang X, Yan L, Li B, Wen T, Wang W, Xu M, Wei Y, Yang J. Comparison of laparoscopic radiofrequency ablation versus open resection in the treatment of symptomatic-enlarging hepatic hemangiomas: a prospective study. *Surg Endosc*. 2016 Feb;30(2):756-63. doi: 10.1007/s00464-015-4274-y.
8. Kim SH, Kim KH, Kirchner VA, Lee SK. Pure laparoscopic right hepatectomy for giant hemangioma using anterior approach. *Surg Endosc*. 2017 May;31(5):2338-2339. doi: 10.1007/s00464-016-5224-z.
9. Strzelczyk J, Bialkowska J, Loba J, Jablkowski M. Rapid growth of liver hemangioma following interferon treatment for hepatitis C in a young woman. *Hepato-gastroenterology*. 2004 Jul-Aug;51(58):1151-53.
10. Аксенов ИВ, Федорченко АН. Тактика лечения гемангиом печени. *Хирургия Журн им НИ Пирогова*. 2010;(6):40-42.
11. Herman P, Costa ML, Machado MA, Pugliese V, D'Albuquerque LA, Machado MC, Gama-Rodrigues JJ, Saad WA. Management of hepatic hemangiomas: a 14-year experience. *J Gastrointest Surg*. 2005 Jul-Aug;9(6):853-59.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Гродно, ул. Социалистическая, 14, кв. 7,
тел.: +375 298 227 188,
e-mail: inngrno@mail.ru,
Иоскевич Николай Николаевич

12. Noda T, Sasaki Y, Yamada T, Eguchi H, Takachi K, Noura S, Miyashiro I, Murata K, Doki Y, Ohigashi H, Ishikawa O, Imaoka S, Mitani H, Ishiguro S. Adult capillary hemangioma of the liver: report of a case. *Surg Today*. 2005;35(9):796-99.

REFERENCES

1. Novozhilov AV, Chikoteev SP, Grigor'ev SE, Grigor'ev EG, Movsisjan MO, Klejmenova NS, Magolina OV. Giant hepatic hemangioma combined with generalized sarcoidosis. *Annaly Khirurg Gepatologii*. 2017;22(1):112-17. (in Russ.)
2. Polysalov VN, Granov DA. Khirurgicheskoe lechenie gemangiom pecheni: zavisimost' khirurgicheskoy taktiki ot formy zabolevaniya. *Vopr Onkologii*. 2003;49(5):630-35. (in Russ.)
3. Gupta Sh, Agarwal V, Acharya A. Spontaneous rupture of a giant hepatic hemangioma-report of a case. *Indian J Surg*. 2012 Oct;74(5): 434-36. doi: 10.1007/s12262-011-0309-3.
4. Angelica MD. What is riskier for the patient with an asymptomatic large hepatic hemangioma: observation or the surgeon? *World J Surg*. 2013 Jun;37(6):1313-14.
5. Chardarov NK, Ganiev FA, Bagmet NN, Skipenko OG. Liver hemangiomas: the surgical point of view. *Annaly Khirurg Gepatologii*. 2012;17(1):86-93. (in Russ.)
6. Yedibela S, Alibek S, Müller V, Aydin U, Langheinrich M, Lohmüller C, Hohenberger W, Perakis A. Management of hemangioma of the liver: surgical therapy or observation? *World J Surg*. 2013 Jun;37(6):1303-12. doi: 10.1007/s00268-013-1904-1.
7. Zhang X, Yan L, Li B, Wen T, Wang W, Xu M, Wei Y, Yang J. Comparison of laparoscopic radiofrequency ablation versus open resection in the treatment of symptomatic-enlarging hepatic hemangiomas: a prospective study. *Surg Endosc*. 2016 Feb;30(2):756-63. doi: 10.1007/s00464-015-4274-y.
8. Kim SH, Kim KH, Kirchner VA, Lee SK. Pure laparoscopic right hepatectomy for giant hemangioma using anterior approach. *Surg Endosc*. 2017 May;31(5):2338-2339. doi: 10.1007/s00464-016-5224-z.
9. Strzelczyk J, Bialkowska J, Loba J, Jablkowski M. Rapid growth of liver hemangioma following interferon treatment for hepatitis C in a young woman. *Hepato-gastroenterology*. 2004 Jul-Aug;51(58):1151-53.
10. Aksekov IV, Fedorchenko AN. Hepatic hemangioma: the choice of treatment. *Khirurgiya Zhurn im NI Pirogova*. 2010;(6):40-42. (in Russ.)
11. Herman P, Costa ML, Machado MA, Pugliese V, D'Albuquerque LA, Machado MC, Gama-Rodrigues JJ, Saad WA. Management of hepatic hemangiomas: a 14-year experience. *J Gastrointest Surg*. 2005 Jul-Aug;9(6):853-59.
12. Noda T, Sasaki Y, Yamada T, Eguchi H, Takachi K, Noura S, Miyashiro I, Murata K, Doki Y, Ohigashi H, Ishikawa O, Imaoka S, Mitani H, Ishiguro S. Adult capillary hemangioma of the liver: report of a case. *Surg Today*. 2005;35(9):796-99.

Address for correspondence

210023, The Republic of Belarus,
Grodno, Sozialisticheskaya Str., 14, ap. 7,
Tel.: +375 298 227 188,
e-mail: inngrno@mail.ru,
Iaskevich Nikolai N.

Сведения об авторах

Иоскевич Николай Николаевич, д.м.н., профессор
1-ой кафедры хирургических болезней, Гроднен-
ский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь.
<https://orcid.org/0000-0002-2954-0452>

Information about the authors

Iaskevich Nikolai N., MD, Professor of the 1st De-
partment of Surgical Diseases, Grodno State Medical
University, Grodno, Republic of Belarus
<https://orcid.org/0000-0002-2954-0452>

Информация о статье

*Поступила 30 июня 2017г.
Принята в печать 4 декабря 2017 г.
Доступна на сайте апреля 2018 г.*

Article history

*Arrived 30 June 2017
Accepted for publication 4 December 2017
Available online 2 April 2018*

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Белорусская ассоциация хирургов информирует Вас о предстоящем
**XVI СЪЕЗДЕ ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ «ХИРУРГИЯ БЕЛАРУСИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ»**,
которые планируется провести в **ноябре 2018** года в г. Гродно.

Основная тематика съезда: гепатобилиарная хирургия; хирургическая панкреатология; трансплантация и клеточные технологии; хирургическая гастроэнтерология; колопроктология; торакальная хирургия; хирургия артерий и вен, синдром диабетической стопы; хирургия «одного дня»; герниология; гнойно-септическая хирургия; малоинвазивные лечебно-диагностические технологии в хирургии; новое в хирургии.

Планируется издание сборника материалов Съезда и научно-практической конференции, в который будут включены работы, содержащие результаты собственных исследований. Прием материалов до 10 сентября 2018 года. Оргкомитет оставляет за собой право определять возможность публикации материалов.

АДРЕС ОРГКОМИТЕТА И КОНТАКТЫ

220096, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Уборевича, 73;
1-я кафедра хирургических болезней БГМУ; УЗ «10-я ГКБ» г. Минска,
тел./факс: (017) 340-04-54;
e-mail: bel_surgery@tut.by; congress16.2018@yandex.ru

*Дополнительная информация на сайтах:
www.bsmtu.by/page/8/3649/
www.surgery.by.*